

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

366

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue, le Mardi 25 Juillet 1893, à une heure.

PAR

Le Dr Charles DECÈS

NÉ A REIMS (MARNE), LE 4 FÉVRIER 1866

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE REIMS ET DE PARIS

ESSAI

SUR

LA PÉRINÉORRAPHIE

Président : M. LE FORT.

Juges : { M. LE DENTU, *professeur.*
M. NÉLATON, *agrégé.*
M. POIRIER, *agrégé.*

PARIS

IMPRIMERIE PARROT & C^{ie}

12, Rue du Delta, 12.

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue, le Mardi 25 Juillet 1893, à une heure.

PAR

Le D^r Charles DECÈS

NÉ A REIMS (MARNE), LE 4 FÉVRIER 1866

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE REIMS ET DE PARIS



ESSAI

SUR

LA PÉRINÉORRAPHIE

Président : M. LE FORT.

Juges : { M. LE DENTU, professeur.
M. NÉLATON, agrégé.
M. POIRIER, agrégé.



PARIS

IMPRIMERIE PARROT & C^{ie}

12, Rue du Delta, 12

—
1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER
Histoire naturelle médicale	BAILLON
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	DIEULAFOY
	DEBOVE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL
Histologie	Mathias DUVAL
Opérations et appareils	TERRIER
Pharmacologie	POUCHET
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM
Hygiène	PROUST
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBENE
Pathologie comparée et expérimentale	STRAUS
Clinique médicale	G. SÉE
	POTAIN
	JACCOUD
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER
Clinique des maladies syphilitiques	FOURNIER
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	N.
Clinique des maladies nerveuses	CHARCOT
Clinique chirurgicale	LE FORT
	DUPLAY
	LE DENTU
	TILLAUX
Clinique ophthalmologique	PANAS
Clinique des voies urinaires	GUYON
Cliniques d'accouchements	TARNIER
	PINARD

Professeurs honoraires

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD et VERNEUIL.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARRAN	DELBET	MARFAN	RETTNER
ANDRÉ	FAUCONNIER	MARIE	RICARD
BALLET	GAUCHER	MAYGRIER	ROGER
BAR	GILBERT	MENETRIER	SCHWARTZ
BRISAUD	GLEY	NELATON	SEBILÉAU
BRUN	HEIM	NETTER	TUFFIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	POIRIER, chef des	VARNIER
CHARRIN	LEJARS	travaux anatomiques.	VILLEJEAN
CHAUFFARD	LETULLE	QUÉNU	WEISS
DEJERINE			

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. DUPIN

Par délibération du 9 décembre 1793, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes Parents.

A mes Amis.

A Monsieur A. DECÈS,

Professeur de Clinique chirurgicale à Reims.

A mes Maîtres de Paris et de Reims.

A mon Président de thèse

Monsieur L. LE FORT

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552025_0040

INTRODUCTION

S'il est une infirmité pénible pour les femmes et qui cause parfois des troubles dans les familles, c'est bien la déchirure du périnée, à la suite de laquelle la femme souffre tant d'habitude physiquement et moralement. Lorsque cette déchirure est complète, il y a souvent incontinence des matières fécales et des gaz et la malade devient un objet de dégoût pour elle-même, comme pour ceux qui l'entourent.

Aussi, depuis longtemps la chirurgie s'est-elle ingéniée à rétablir le périnée, à guérir une maladie si fâcheuse; mais, il faut bien le dire, les essais infructueux sont en grand nombre, et ce n'est guère que dans ces dernières années qu'on est arrivé à des résultats satisfaisants.

L'idéal d'une anaplastie est naturellement la restauration de l'état anatomique et morphologique de l'organe lésé. Cette restauration a pour but de rétablir aussi l'état fonctionnel de cet organe et de supprimer les désordres provenant de la lésion organique.

Nous ne pouvons avoir ici la prétention de donner un travail de longue haleine sur la périnéorrhaphie: car, faire une description meilleure que celles qui ont été magistralement écrites par nos maîtres serait tâche trop pénible, pour ne pas dire impossible. Mais, ayant été témoin de plusieurs interventions heureuses dans la pratique de mon père, qui n'a plus eu d'insuccès, depuis qu'il a employé le procédé dont nous parlerons tout à l'heure,

il nous a semblé utile de rapporter ces observations, en insistant sur la modification dont il s'agit. Cette modification consiste tout simplement à suturer, en avant de la réunion périnéale, le lambeau de muqueuse du vagin, qui reforme ainsi la fourchette et assure, en la protégeant très efficacement, la réunion de la plaie périnéale.

Malgré nos recherches, nous n'avons trouvé nulle part que le chirurgien ait encore utilisé le lambeau vaginal pour en faire un pont protecteur (1). Au contraire, dans la colpo-périnéorrhaphie, M. Doléris excise l'extrémité de la muqueuse vaginale, afin d'éviter qu'il ne se forme un cul-de-sac au dessus de la suture périnéale. L'opération de M. Decès ressemble d'ailleurs beaucoup à celle de M. Doléris, mais elle en diffère par le point, qui nous paraît capital, de la suture du lambeau de muqueuse vaginale, qu'il se garde bien d'exciser.

Nous ne pouvons parler de périnéorrhaphie sans donner un aperçu historique de la question. Nous examinerons ensuite brièvement l'opportunité de l'intervention immédiate ou tardive, pour nous appesantir sur la technique opératoire de la périnéorrhaphie, telle que la comprend M. Decès et sur les observations, qui s'y rattachent. Nous chercherons enfin à tirer quelques conclusions pratiques de l'ensemble de notre modeste travail.

Mais, avant d'aborder notre sujet, nous sommes heureux de pouvoir remercier nos maîtres de Reims et de Paris, qui, par leurs précieux conseils, ont guidé notre éducation médicale et dont nous avons suivi avec bonheur les excellentes leçons. Nous remercions en particulier M. le professeur Pinard, MM. les docteurs Descroizilles, Troisier, Richardière, Variot, Lejars et Lepage

(1) Langenbeck, à la vérité, trace, après sa suture périnéale, un lambeau de muqueuse vaginale, pour le réunir au périnée; mais, il n'utilise pas, comme M. Decès (de Reims) le dédoublement si simple de la cloison.

M. le Professeur Le Fort, qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, nous permettra de lui exprimer ici notre sincère reconnaissance et notre profonde gratitude, tant pour son enseignement que pour les nombreuses preuves d'intérêt, qu'il nous a sans cesse données durant notre séjour à Paris.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Depuis les temps anciens, on a fait beaucoup de tentatives à l'effet de restaurer le périnée; et, déjà du temps d'Ambroise Paré et de ses élèves, on pratiquait la périnéorrhaphie; puis, cette opération fut délaissée et oubliée à cause des insuccès nombreux, qui décourageaient les chirurgiens. Il fallut le Mémoire de Roux, en 1834, pour remettre la question à l'ordre du jour; et, à partir de cette époque, les travaux publiés sur la périnéorrhaphie se sont multipliés, les procédés opératoires ont surgi aussi nombreux, que les auteurs, qui se sont occupés de ce sujet. Dans tous leurs ouvrages, il est intéressant de remarquer les soins minutieux que prennent les chirurgiens, pour éviter la production consécutive de la fistule recto-vaginale, si fréquente pendant longtemps après la périnéorrhaphie. Aussi, avant la période antiseptique, c'est dans le perfectionnement du manuel opératoire, qu'ils cherchent le moyen de l'éviter; successivement, ils ont eu recours à la suture simple et à l'autoplastie; mais, la période actuelle est caractérisée par le retour à des procédés moins compliqués.

Dans cette tâche difficile de l'exposition historique de la périnéorrhaphie, nous ferons de larges emprunts aux auteurs autorisés, qui ont, avant nous, si bien traité ce

sujet, n'ayant d'autre dessein que de résumer la question. L'étude magistrale que M. le Professeur Verneuil fait, dans la Gazette hebdomadaire de 1862, sur les origines de la périnéorrhaphie nous sera d'un grand secours; et, M. S. Pozzi, dans son *Traité de Gynécologie*, a si bien abordé l'histoire de cette opération, depuis ses débuts jusqu'à nos jours, qu'il nous servira de guide et de modèle.

« La première mention de la périnéorrhaphie se trouve
« dans un recueil obscur, dont on ne connaît ni l'origine
« ni l'époque, ni même l'auteur, mais qui cependant est
« antérieur à Ambroise Paré : nous voulons parler de
« Trotula. Dans ce recueil se trouvent nettement men-
« tionnés, non seulement la déchirure complète du périnée
« et sa cause ordinaire, son traitement par la suture et les
« soins ultérieurs, mais encore la périnéorrhaphie appli-
« quée à l'un des accidents consécutifs les plus fâcheux
« de la lésion en question, c'est-à-dire au prolapsus utérin.
« Cette dernière idée a sombré pendant des siècles, et,
« c'est seulement dans le nôtre qu'elle a reparu, sans
« qu'on ait mentionné son antique origine. » (1)

C'est à un Français, Guillemeau, disciple le plus distingué d'A. Paré, qu'on s'accorde à décerner l'honneur d'avoir le premier décrit et mis en pratique avec succès la périnéorrhaphie. Tout est consigné dans l'observation rapportée par Guillemeau; et, si l'on refuse à ce chirurgien d'avoir inventé l'opération elle-même, on ne peut guère lui contester la priorité d'exécution. A. Paré a, en effet, traité la question avant lui; mais, d'après le professeur Verneuil (2), il n'est pas certain qu'il ait fait personnellement la périnéorrhaphie. Malgaigne soutient le contraire et cite même A. Paré « afin, dit-il, d'appeler l'attention

(1) Verneuil. Gazette hebdomadaire 1862.

(2) Verneuil. Loco citato.

« du lecteur sur le passage, perdu dans un chapitre, où
« l'on trouve cependant le premier conseil et la première
« exécution de la suture du périnée. »

Deux noms méritent encore d'être mentionnés dans les origines de la périnéorrhaphie. C'est d'abord celui d'un chirurgien assez obscur, appelé Reuling, puis celui d'un accoucheur fort en réputation au XVII^e siècle, maître Cosme Viardel. Ce dernier réalise la réunion immédiate secondaire et apprend du même coup à ses contemporains que l'opération comporte un assez large délai. ⁽¹⁾

Suit une période de temps assez longue, durant laquelle la périnéorrhaphie n'est plus guère pratiquée. Au XVIII^e siècle, de La Motte, Smellie, Noël (de Reims), Murena, Saucerotte, la tentent avec plus ou moins de bonheur.

En 1829, Dieffenbach, en Allemagne, est le promoteur d'une méthode, qui a servi de type à de nombreux procédés et dans laquelle, outre le large avivement de la plaie, il fait sur les côtés du périnée, pour prévenir les tiraillements des parties affrontées, deux incisions parallèles à la ligne de suture. On retrouve plus tard la trace de ces incisions libératrices dans le débridement du sphincter anal de Mercier, de Baker-Brown et de Chassaignac.

Roux, en 1834, perfectionne l'opération de Dieffenbach et l'introduit en France. Il insiste surtout sur les services que peut rendre la suture enchevillée profonde.

Jobert de Lamballe applique à la périnéorrhaphie son procédé opératoire des fistules vésico-vaginales, et, le premier en 1845, tente l'autoplastie avec un lambeau pris sur la fesse gauche.

Langenbeck, en 1853, suit l'exemple de Jobert, et avec lui, une méthode nouvelle, la périnéo-synthèse, prend naissance. Cette méthode est basée sur la combinaison

(1) Verneuil. *Loco citato*.

de l'avivement et de l'autoplastie par dédoublement. Il commence par aviver la cicatrice, consécutive à la déchirure, et les deux bords de la cloison ; puis, tendant sur deux doigts introduits dans le rectum la cloison recto-vaginale, il pratique sur la face vaginale de celle-ci une incision semi-circulaire, ne comprenant que la muqueuse ; la lèvre supérieure de cette incision, dont la convexité regarde en bas, est disséquée de façon à former un petit lambeau, qui est fixé à la partie antérieure de la division périnéale. Langenbeck, après avoir suturé le corps périnéal à l'aide de la suture entrecoupée, pratique les incisions libératrices de Dieffenbach. Du côté du rectum, il fait une suture spéciale.

Richet, dans son procédé opératoire, bien étudié dans la thèse de Chabaud (1879), dédouble dans une certaine étendue la cloison recto-vaginale, puis il accole l'un à l'autre, par leur surface cruentée, les deux lambeaux de muqueuse vaginale et les suture dans cette position. De cette manière, il forme sur la paroi postérieure du vagin une sorte de crête saillante. Il opère ensuite la réunion du corps périnéal par la suture enchevillée. Lorsque la réunion est terminée, on observe deux lignes de sutures, l'une périnéale verticale, l'autre vaginale horizontale, et ces deux lignes viennent se réunir au niveau du point, qui deviendra la nouvelle fourchette.

Mais Demarquay, en 1864, fait remarquer que dans les procédés à lambeau vaginal, les parties suturées, protégées contre le contact des mucosités vaginales, peuvent être baignées en arrière par les mucosités rectales et par les matières fécales. Il songe alors à utiliser le lambeau rectal, résultant du dédoublement de la cloison recto-vaginale, et à lui faire jouer un rôle de protection, analogue à celui qui est assigné au lambeau vaginal.

M. le professeur L. Le Fort, en 1868, pratique un avivement triangulaire de chaque côté de la déchirure ; les

incisions sont prolongées en arrière, dans le sens antéro-postérieur, sur le milieu de la cloison recto-vaginale. Puis, il dédouble cette cloison dans une certaine étendue, en isolant soigneusement de chaque côté la muqueuse vaginale de la muqueuse rectale. Trois plans de suture viennent réunir la muqueuse vaginale, la muqueuse rectale et le périnée lui-même. De cette façon le triangle périnéal est rétabli dans son intégrité avec les trois côtés qui le limitent : peau du périnée, en avant; muqueuse rectale, en bas et en arrière; en haut, muqueuse vaginale.

Les procédés de MM. Marc Sée et Polaillon se rapprochent beaucoup de ceux de Richet et du professeur Le Fort, avec cette différence qu'au lieu de former leurs lambeaux autoplastiques aux dépens de la muqueuse vaginale, ils les empruntent au périnée lui-même, en conservant les tissus qui proviennent de l'avivement des surfaces cicatricielles. M. M. Sée donne dans le résultat de l'opération une grande importance au pansement, qui doit être permanent et exercer une compression modérée mais continue sur toute la région périnéale. Cette compression, en maintenant en contact parfait les surfaces traumatiques, s'oppose, d'après l'auteur, à toute accumulation de liquide dans l'épaisseur du périnée nouveau ou au-dessous de lui, et empêche ainsi la formation de ces fistules recto-vaginales, qui sont le grand écueil à éviter dans la périnéorrhaphie.

D'autres chirurgiens ont laissé de côté les procédés autoplastiques, mais ont ajouté aux sutures sur la ligne périnéale des sutures vaginales, et des sutures rectales. Simon, Hegar, Freund et Hildebrandt ont opéré de cette façon.

Le procédé de Simon, perfectionné par Hégar, consiste dans un avivement large, dont l'ensemble rappelle un peu la figure d'un papillon aux ailes déployées, dont le corps serait placé au niveau de la cloison recto-vaginale. Ces

chirurgiens n'emploient pas le dédoublement, mais seulement l'excision des surfaces cicatricielles et muqueuses, pour obtenir une plaie d'affrontement suffisante. Les sutures sont faites au fil d'argent, sauf sur le paroi rectale où l'opérateur doit se servir de catgut ou de soie.

Le procédé de Freund est analogue au précédent. La seule différence est dans l'avivement, qui doit, d'après l'auteur, reproduire la forme de la déchirure.

Hildebrandt fait un avivement en forme de feuille de trèfle, réunit la portion vaginale, puis la portion rectale, et fait des sutures très profondes du côté de la peau, de façon, dit-il, à éviter l'accumulation du sang dans l'espace vide, qui se produirait sans cela entre les parois rectale, vaginale et périnéale.

Heppner, Lauenstein et A. Martin pratiquent la périnéorrhaphie suivant le procédé de Simon; le mode de réunion, qu'ils emploient, diffère seul. Heppner fait la suture en 8 de chiffre; Lauenstein pratique la suture sous-muqueuse, pour éviter l'infection du trajet des fils, par l'intermédiaire des sécrétions du vagin et du rectum; Martin fait une suture continue et à étages superposés avec du catgut: il commence par la paroi rectale, continue par la paroi vaginale, après avoir fait, si cela est jugé utile, une rangée de points intermédiaires et enfin termine par la paroi périnéale.

M. le professeur Verneuil ne fait pas de lambeaux; mais, par un avivement étendu de la muqueuse vaginale, il cherche du moins à assurer de larges surfaces d'affrontement. Il s'est de plus contenté de deux rangées de sutures, l'une sur la ligne périnéale, l'autre du côté du vagin. Par ce procédé, il ne touche pas à la muqueuse rectale; par contre, il avive largement la muqueuse vaginale, comme s'il s'agissait d'une fistule vésico-vaginale. Les sutures enchevillées, faites avec des fils d'argent, sont placées à 5 ou 6 millimètres les unes des

autres du côté du vagin, et distantes de 1 centimètre sur la ligne périnéale.

Trélat a décrit un procédé, bien exposé dans la thèse de son élève M. Boraud (1879) et qui est à peu près semblable à celui du professeur Verneuil; mais, tandis que celui-ci se sert de tubes de Galli pour sa suture, Trélat employait des plaques de plomb.

On le voit, les méthodes tendaient à se simplifier : les incisions libératrices de Dieffenbach étaient laissées de côté; l'autoplastie abandonnée. Cependant, les succès étaient plus nombreux et l'opération avait plus rarement pour conséquence des trajets fistuleux, tels que les fistules recto-vaginales, par exemple.

Marion Sims, dès 1855, avait appliqué à la rupture du périnée les principes qui l'avaient guidé dans l'opération des fistules vésico-vaginales. Il ne s'était servi que d'un plan de sutures et avait repris le procédé de Roux, en augmentant la hauteur de l'avivement et en employant les fils métalliques.

Le chemin était tout tracé à Emmet, son élève, lorsqu'en 1865 il décrit son procédé. L'originalité de ce dernier consiste à la fois dans le mode de suture, qui a pour effet de réunir la plaie en la fermant, comme on ferme une bourse, et dans le soin apporté au rapprochement des deux bouts du sphincter divisé par l'application d'un fil spécial dit fil sous-sphinctérien, très profond et très oblique d'arrière en avant.

Le procédé américain d'Emmet est simple et rapide. On lui a fait subir différentes modifications, tout en conservant son principe, en sorte qu'on l'a rendu encore plus facilement applicable. C'est au mémoire de M. Judes Hûe (de Rouen) et au livre de Gaillard Thomas que nous devons surtout sa vulgarisation en France. M. le professeur Verneuil et Trélat l'ont chaudement recommandé et ont

même abandonné leur procédé particulier, pour se servir de celui d'Emmet.

Nous ne nous appliquerons pas ici à décrire le procédé d'Emmet pour les déchirures incomplètes, nous ne parlerons que de son procédé pour les ruptures complètes. L'avivement porté sur de larges surfaces ; il représente, sur chacun des côtés du périnée déchiré, un triangle dont la base est à la peau, dont un des côtés suit la paroi vaginale et remonte jusqu'au quart inférieur de la grande lèvre, tandis que l'autre, passant au-devant de la limite antérieure de l'orifice anal, vient rejoindre l'incision cutanée. Ces deux triangles sont reliés l'un à l'autre, sur la ligne médiane, par un avivement pratiqué aux dépens de la partie inférieure de la cloison recto-vaginale et remontant jusqu'à 3 centimètres de hauteur. La figure, qui résulte de cet avivement, peut être assez justement comparée à un papillon les ailes déployées : l'avivement médian représente le corps de l'animal, les deux avivements latéraux les ailes. On doit commencer par aviver la partie médiane, à cause de l'écoulement sanguin, qui se produit dans l'incision des parties latérales, et avoir soin de bien enlever tout le sang, une fois que l'avivement est complet. On procède ensuite aux sutures. Celles-ci sont placées d'arrière en avant et vont de l'un des bords de la plaie à l'autre bord, en traversant la cloison recto-vaginale. Les fils ainsi passés, forment une anse, qui, en se resserrant, applique l'une contre l'autre les surfaces cruentées à la façon des bords d'une bourse, quand on sert le cordon qui entoure son orifice. Pendant tout le temps de la suture, l'index gauche doit être dans le rectum, afin de guider, pour ainsi dire, l'aiguille dans la cloison et veiller à ce qu'elle ne pénètre pas dans l'intérieur du canal intestinal. Le premier point doit être fait très soigneusement ; car il est destiné à réunir les deux extrémités divisées du sphincter anal et à reconstituer l'anus, autant que possi-

ble : il décrit un véritable fer à cheval et doit cheminer sous la surface cruentée très près de son bord postérieur. Ces sutures sont faites au fil d'argent par Emmet ; Muller préconise au contraire l'emploi du catgut. En général, 5 à 6 points suffisent ; et, si cela est jugé opportun, on est autorisé à en faire quelques-uns superficiels.

Le procédé d'Emmet est à un seul plan de sutures : il rapproche les différentes portions du sphincter, qui peuvent ainsi se réunir ; et, le grand avantage qu'il présente, c'est en traversant la paroi recto-vaginale, de fermer par une constriction circulaire la solution de continuité. En même temps, on abaisse la cloison, ce qui permet de se dispenser le plus souvent de la suturer isolément. Ainsi se trouvent réalisées, du côté du vagin, l'occlusion exacte et la protection de la ligne de suture, que cherchait à obtenir Langenbeck par la création de son lambeau autoplastique. Enfin l'absence de suture rectale diminue considérablement les chances d'infection.

M. Terrillon décrit un procédé, qui ressemble beaucoup à celui d'Emmet pour le mode d'avivement de la plaie et pour la manière de passer les fils ; mais, il n'a pas, comme ce dernier, le bénéfice de la suture en bourse. L'auteur pratique, en effet, une première suture enchevillée, comme Roux, et une seconde suture profonde sur une plaque, à l'exemple de Trélat.

Le procédé d'Emmet fut longtemps en honneur et c'est lui qui était employé à l'exclusion des autres, lorsque, en Angleterre, parurent, en 1887, les travaux de Lawson Tait sur la périnéorrhaphie. Le chirurgien anglais perfectionne l'opération en se servant, après l'avoir modifié, d'un procédé de John Duncan, et de Simpson (d'Edimbourg). Le manuel opératoire est très simple : il se réduit à un dédoublement rapide, suivi de l'application de quelques points de suture.

Entrons dans le détail. Lawson Tait pratique d'abord

une section transversale de 3^{cm},5 à 4^{cm}, dédoublant la cloison recto-vaginale exactement en son milieu, afin que le lambeau ne soit pas trop mince : plus la déchirure est grande plus l'avivement doit être étendu en profondeur. Deux débridements verticaux de 2,5 à 3 centimètres sont faits ; ils vont de la section transversale à l'union des grandes et des petites lèvres et comprennent non seulement la peau mais aussi le tissu cellulaire de la région. L'incision représente donc un U majuscule ; mais, si la rupture est très considérable, L. Tait prolonge légèrement par en bas ses débridements verticaux, en sorte que la figure de l'incision n'est plus celle d'un U, mais d'un H, dont les branches inférieures seraient plus courtes et plus écartées que les supérieures. Une fois le dédoublement effectué dans toute la hauteur voulue, on procède à la suture. Celle-ci, à points séparés, est faite sous le contrôle de l'index et du médius^{gauches}, placés dans le rectum : les points ne ressortent pas par la peau, mais par la partie avivée. En plaçant le premier point de suture, il faut lui faire traverser les extrémités du sphincter anal divisé, dont la place peut être reconnue, avant l'avivement, grâce à une légère fossette dans la cicatrice. Cette suture qui comprend de 3 à 6 points est faite au crin de Florence par L. Tait et Mundé, au fil d'argent, par Sænger, qui conseille aussi de faire des points superficiels ; Martin se sert du catgut à l'essence de génévrier et pratique la suture continue à étages superposés.

La technique opératoire de Lawson Tait a été rapidement adoptée en Amérique et en Allemagne. Fritsch a décrit de son côté un procédé de périnéorrhaphie, qui ressemble à celui de L. Tait et dont nous ne parlerons pas ici. Faisons remarquer, en passant, que L. Tait a fait judicieusement observer qu'il était bon, dans le périnéorrhaphie, de conserver toutes les parties qui n'étaient que déchirées et non pas détruites.

Bien des procédés de colpopérinéorrhaphie peuvent trouver leur application dans le traitement de la déchirure incomplète du périnée : il y a, en effet, grande similitude entre le relâchement du périnée et sa déchirure, et, l'on peut même dire, que dans le relâchement périnéal, il y a déchirure sous-cutanée du périnée ; dans ce cas, en effet, on peut, par la combinaison du toucher rectal et vaginal, se rendre facilement compte de la diminution de la pyramide charnue, qui sépare le rectum du vagin. Ceci nous amène, par conséquent, à parler du procédé de colpopérinéorrhaphie de M. Doléris, décrit en 1889. Dans son manuel opératoire, l'auteur se propose autant de restaurer le plancher périnéal, que d'affermir la paroi vaginale. Une incision semi-circulaire est pratiquée sur les limites de la peau et de la muqueuse ; puis, on opère un décollement rapide, avec les deux doigts, de la muqueuse vaginale, le dédoublement, par conséquent, de la cloison recto-vaginale. M. Doléris fait ensuite des sutures au crin de Florence à la façon du procédé d'Emmet : le lambeau vaginal se trouve alors froncé et dépasse la ligne de réunion périnéale ; il est sectionné et les bords de la plaie nouvelle, qui en résulte, sont suturés. Ce procédé est d'une exécution très rapide et M. Doléris l'a souvent employé avec succès.

M. Roux (de Lausanne) préconise la reconstitution du périnée d'après la méthode de L. Tait et Sœnger. C'est, dit-il, (1) une opération d'une simplicité étonnante, qui la met à portée des moins exercés et qui donne les meilleurs résultats, soit pour les déchirures simples, soit pour les ruptures totales. Dans une dizaine de cas et avec divers modes de suture, M. Roux a obtenu la guérison par première intention ; aussi recommande-t-il chaudement cette méthode.

(1) Roux. *Revue médicale de la Suisse romande*, 1889.

M. Zannellis (de Smyrne), en 1890, décrit un nouveau procédé pour restaurer l'état anatomique et morphologique du périnée chez la femme. Par une série d'incisions diversement combinées, suivant que la déchirure est plus ou moins complète, il avive la plaie et se sert, pour réunir, de la suture continue et à étages superposés au catgut. Le résultat de sa méthode rendrait, d'après lui, aux organes de la femme leur état anatomique et physiologique (1).

M. S. Pozzi pratique la périnéorrhaphie suivant la méthode de L. Tait, qu'il a modifiée. L'avivement est obtenu à l'aide d'une incision transversale, portant sur les débris de la cloison. Aux extrémités de celle-ci, sont menées de haut en bas deux incisions verticales, étendues de la hauteur des petites lèvres au pourtour de l'anus. Ceci fait, on creuse, en décollant, de manière à relever en haut le vagin avec les restes de la cloison. Pour la suture, trois fils d'argent servent de soutien : l'un est placé sur le vagin, un deuxième à l'angle du décollement de la cloison recto-vaginale, un troisième sur le rectum. L'affrontement est obtenu à l'aide d'un double surjet au catgut, réunissant entre elles les surfaces cruentées ; enfin une suture superficielle termine l'opération. Au dernier congrès de chirurgie (2), M. S. Pozzi relate 8 cas de périnéorrhaphie pratiquée d'après sa méthode et suivis d'un excellent résultat.

En citant les différents auteurs, dont nous avons étudié les procédés opératoires, nous n'avons pas la prétention d'avoir été complet ; nous avons passé sous silence bien des noms, qui, cependant, méritent de compter dans l'histoire de la périnéorrhaphie. Nous nous sommes borné à parler des procédés les plus intéressants, qui marquent une étape dans l'historique de l'opération, ou qui constituent dans quelques cas des ressources utiles à connaître.

(1) Zannellis. *Archives de tocologie*, 1890.

(2) Pozzi. *Semaine médicale*, avril 1893.

CHAPITRE II

INDICATIONS OPÉRATOIRES

Une grosse question qui a toujours passionné et même divisé les chirurgiens et les accoucheurs est celle de l'époque à laquelle il convient de pratiquer la périnéorrhaphie. Si nous voulions nous étendre sur ce sujet, il nous faudrait reprendre tout l'historique et rendre compte de toutes les raisons invoquées par les différents auteurs, qui préconisent, les uns la réunion immédiate, les autres la réunion tardive; mais nous nous bornerons à un rapide exposé que nous permet seulement la brièveté de notre travail.

La périnéorrhaphie peut être effectuée immédiatement après l'accouchement, quelques jours après, ou beaucoup plus tard. Suivant ces trois cas, elle est dite immédiate, immédiate secondaire et enfin secondaire tardive.

Autrefois, avant l'application de l'antisepsie à la chirurgie et à l'obstétrique, on échouait très fréquemment dans les tentatives de réunion immédiate. Aussi, la plupart des auteurs penchaient pour la réparation, après le retour des parties à l'état normal : Roux, Velpeau, Sedillot, J. Cloquet, Nélaton, etc., préconisent cette manière d'agir. Par contre, la réunion immédiate est, si non soutenue, au moins permise par A. Bérard : « L'opé-

« ration, dit-il, *peut* être faite aussitôt après l'accouche-
« ment, sans que la malade témoigne une grande souf-
« france » ⁽¹⁾; il ne craint pas l'inflammation consécutive,
la réparation s'y opposant au contraire, si on obtient la
réunion immédiate.

Dieffenbach, Danyau, Demarquay et plus récemment
MM. Guyon, Siredey et Labbé, dans la thèse de Luizy
(1883), acceptent l'intervention immédiate; quant à
M. Doléris, il soutient cette opinion avec acharnement.
Il semble donc qu'aujourd'hui on soit plus porté à
pratiquer la restauration immédiate du périnée, parce que
cette opération en évite une autre ultérieure et plus com-
plexe et parce que l'on ferme ainsi la porte aux inocu-
lations.

Remarquons toutefois que même dans le travail de
Madame Sarraute ⁽²⁾, qui défend avec tant d'éloquence la
réunion immédiate, on voit cette réunion presque toujours
manquer dans les cas de déchirure complète du périnée.
Ne serait-ce pas, par conséquent, le lieu de se demander,
si, dans les observations suivies de succès et invoquées
en faveur de la réparation immédiate, celle-ci ne se serait
pas faite sans intervention? « Souvent, en effet, une opé-
« ration, qu'on avait jugée indispensable au début,
« deviendra inutile après plusieurs mois d'expectation; le
« périnée ne se reconstitue pas sans doute, mais la cloison
« recto-vaginale se répare et établit une séparation
« suffisante entre les deux cavités. L'opération d'ailleurs
« ne remédie pas toujours à celui des accidents qui
« gênent le plus les femmes, l'incontinence des matières
« liquides et surtout des gaz. » ⁽³⁾

De plus, l'état de contusion des parties qui les rend peu

(1) A. Bérard. Dictionnaire en 30 volumes.

(2) Mme Sarraute. Archives de tocologie 1885.

(3) Tillaux. Traité d'anatomie topographique.

propres à la réunion immédiate et favorise au contraire la tendance au sphacèle et à la suppuration; l'irrégularité de ces parties; l'emprisonnement des caillots; l'écoulement des lochies, qui viendra baigner les surfaces suturées; l'état puerpéral, que peuvent craindre les chirurgiens, ne sont pas des arguments dénués de valeur en faveur de la réparation tardive.

Il est, en outre, des cas où l'intervention immédiate n'est même pas à envisager; c'est lorsqu'il existe une altération des tissus par œdème et varices, par infiltration ecchymotique ou sphacèle et lorsque la plaie a été longtemps soumise au contact d'écoulements putrides, comme dans le cas de putréfaction fœtale; c'est encore lorsque l'état général est défectueux par suite d'hémorrhagies graves ou d'attaques éclamptiques très violentes et rapprochées.

Outre la restauration hâtive et la restauration tardive du périnée, on peut pratiquer la suture immédiate secondaire quelques jours après la production de la déchirure. MM. Nélaton et Schwartz conseillent d'attendre que la plaie bourgeonne; ils font alors le grattage avec une curette tranchante et suturent. M. le professeur Verneuil a préconisé la réunion immédiate secondaire même dans les cas anciens. Il se sert alors du thermo-cautère pour pratiquer l'avivement et fait les sutures à la chute des eschares. Il ne faut pas confondre ce procédé avec la cautérisation angulaire de la déchirure, analogue à celle que J. Cloquet pratiquait pour les fissures palatines, et qui a pu, dans quelques cas, être utilisée pour diminuer une division étendue de la cloison recto-vaginale. Monsieur S. Pozzi s'est servi plusieurs fois de ce procédé avec succès.

Si les deux méthodes de réunion immédiate et immédiate secondaire entrent de plus en plus dans la pratique, comme la tendance s'en fait généralement

sentir, le domaine de la périnéorrhaphie tardive, c'est-à-dire de celle qui se pratique au moins trois mois après l'accouchement, se trouvera restreint. Il arrive cependant souvent que l'opération, entreprise avant les trois mois qui suivent les couches, ou bien échoue, ou même n'est pas exempte de dangers. N'oublions donc pas, qu'il est peut-être plus prudent d'intervenir lorsque la plaie périnéale est cicatrisée; et, que si l'on ne saurait condamner l'opération entreprise immédiatement après l'accouchement ou quelques jours plus tard, les précautions antiseptiques les plus minutieuses sont plus que jamais de rigueur dans ces cas : le moindre manquement à ce sujet aurait des conséquences fâcheuses.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

Avant de décrire la technique opératoire de la péri-néorrhaphie, telle que la pratique M. Decès, nous tenons à placer ici les quatre observations inédites que nous possédons. Nous pourrions ainsi donner une idée générale des avantages du procédé, avant d'entrer dans le détail que nous exposerons au chapitre suivant.

Observation I. — Madame D... Louise, âgée de 34 ans, rentrayeuse née à Reims et y demeurant, entre à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Decès, salle Ste-Anne, n° 14, le 12 mai 1893.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants ; 7 frères et sœurs bien portants, 8 autres morts en bas âge de diphtérie, rougeole ou autre maladie infantile.

Antécédents personnels. — Rien de particulier à signaler, sinon qu'elle n'a marché qu'à 4 ans et qu'avant cette époque elle était chétive et souvent malade.

Elle ne présente pas de traces apparentes de rachitisme, quoiqu'elle dise avoir eu les jambes torses vers l'époque où elle a commencé à marcher. Elle a d'ailleurs toujours bien marché depuis ses 4 ans.

Il y a neuf ans, en 1884, elle accouche d'un gros garçon, pesant plus de 3 kilos ; l'accouchement se termine par une application de forceps au détroit supérieur, application qui est faite à cause de la prolongation du travail et du manque de contractions utérines. L'enfant est bien portant, jamais malade ; mais il lui reste sur la tête les traces de compression du forceps. Il n'a jamais eu de convulsions.

En juillet 1892, elle accouche une seconde fois d'une fille, pesant 3 kilos ; l'accouchement se termine comme le précédent, par une application de forceps au détroit supérieur ; cette application est faite sous le chloroforme à cause de la longueur de la période de travail, qui a duré

plus de 28 heures, et à cause de la cessation des contractions utérines. Cette enfant, bien portante, n'a jamais eu de convulsions; elle est marquée par le forceps.

Etat actuel. — Il existe une rupture périnéale, comprenant le périnée tout entier et une partie du sphincter externe de l'anus, qui est déchiré sur une hauteur de 1,5 centimètre; la cloison recto-vaginale est respectée dans le reste de son étendue. Cette déchirure date du premier accouchement de la malade, c'est-à-dire de neuf ans.

Par le fait même de cette déchirure, la malade perd ses matières fécales, mais d'une façon intermittente. Elle ne les perd jamais lorsqu'elle est couchée.

Si l'on pratique le toucher vaginal, on atteint facilement le promontoire; l'examen donne un diamètre promonto-sous-pubien de 9,5 centimètres, ce qui explique la difficulté des deux accouchements.

La malade est bien réglée; elle perd peu chaque fois et ses règles durent environ 5 à 6 jours. Pas de leucorrhée.

Urines normales.

Les poumons sont sains.

Le cœur présente des battements précipités, mais pas de souffle.

Les fonctions digestives sont bonnes; l'appétit est un peu irrégulier.

Cette femme est très nerveuse, excitable pour un rien; elle n'a jamais eu qu'une seule crise de nerfs dans son jeune âge.

Opération le 29 mai 1893, (1). — Incision courbe en U; décollement avec l'ongle et les ciseaux de la cloison recto-vaginale; six sutures médianes au crin de Florence et deux sutures de la muqueuse vaginale sur les côtés de la réunion périnéale, pour former le pont et rétablir la fourchette. L'opération terminée, le périnée mesure 6 centimètres, l'anus est bien reformé et la vulve a l'aspect absolument normal.

Suites de l'opération. — Les suites de l'opération sont excellentes; il n'y a pas un instant de fièvre.

Le 1^{er} juin, les règles paraissent un peu en avance. On en est quitte pour redoubler les soins antiseptiques et tout va pour le mieux.

Le 6 juin, les fils de la fourchette sont enlevés, ainsi que 2 autres dans l'intervalle.

Le 7 juin, première selle sans douleur, sans déchirure et sans écoulement de sang.

Le 8 et le 9 juin, deuxième et troisième selle, toujours sans efforts, sans douleur.

Le 10^e juin, état excellent; la réunion paraît bien solide.

Le 12, les 4 derniers fils sont enlevés.

Le 13, on peut constater une bonne et solide réunion.

La malade sort guérie le 16 juin.

Nous la revoyons le 29 juin, son périnée est normal et solide; il mesure tout près de 6 centimètres.

(1) L'opération sera décrite en détail au chapitre suivant.

Nous rapprocherons de cette observation, trois autres également inédites, dont nous n'avons vu que les résultats, n'ayant pas assisté nous-même à l'opération. Les malades ont été traitées par le même procédé.

Observation II. — Julienne B..., épouse L..., de Mourmelon, âgée de 27 ans, est accouchée le 14 juillet 1891 pour la première fois. Application de forceps et déchirure complète du périnée.

Elle entre à l'Hôtel-Dieu de Reims, le 23 novembre 1891, dans le service de M. Decès, qui constate que la déchirure a divisé complètement le périnée et entamé le sphincter dans une étendue d'un demi centimètre seulement.

Opération le 25 novembre, en tout semblable à celle de l'Observation I.

Suites bien simples. La malade quitte l'hôpital, bien guérie, le 14 décembre suivant. Le périnée est parfaitement rétabli et a une étendue de 5 centimètres, l'anüs tout à fait normal.

La guérison est si complète, que cette malade devenue grosse peu de temps après, accouche dans le courant de l'année 1892, et ainsi que nous l'a écrit encore dernièrement son médecin, il ne s'est produit aucune déchirure, le nouveau périnée ayant très bien résisté.

Observation III. — Louise B..., épouse T..., 22 ans, à Rilly-la-Montagne. Primipare, accouche au mois de décembre 1891 et entre à l'Hôtel-Dieu de Reims, le 8 mars 1892, avec une déchirure complète du périnée, mais sans que le sphincter anal soit entamé.

Périnéorrhaphie le 14 mars par le même procédé. Suites simples. La malade sort bien guérie le 2 avril.

Revue depuis plusieurs fois et encore il y a quinze jours; le périnée est très normal, solide et mesure une étendue de 6 centimètres.

Observation IV. — Louise R..., épouse P..., 20 ans, à Reims. Primipare accouchée le 6 mars 1893 avec le forceps, elle entre à l'Hôtel-Dieu de Reims, le 12 avril avec une déchirure complète de périnée.

Périnéorrhaphie le 28 avril par le même procédé. Suites simples. Sort guérie le 17 mai. Quoique les tissus fussent un peu friables, les sutures n'ont presque pas coupé et le périnée est bien rétabli.

Ces trois dernières observations, les n^{os} II et III surtout qui ont été suivies et revues à diverses reprises, ainsi qu'un accouchement survenu moins d'un an après l'opération et sans aucune nouvelle déchirure, nous ont paru assez probantes pour être sommairement rappelées.

CHAPITRE IV

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Tous les procédés de périnéorrhaphie sont bons ; mais le choix doit être donné à celui qui présentera à la fois simplicité, rapidité d'exécution et sécurité du résultat. En général, c'est le procédé de Lawson Tait qu'on préfère. Celui qu'emploie M. Decès et qui se rapproche beaucoup du procédé de colpopérinéorrhaphie de M. Doléris, est une combinaison du dédoublement de Lawson Tait, du décollement de la muqueuse de Schröder, du lambeau vaginal de Langenbeck et de la suture d'Emmet.

Cette opération comme toute périnéorrhaphie, doit être pratiquée entre deux périodes menstruelles et le plus loin possible de chacune d'elles. La malade est purgée la veille de l'opération et reçoit, le matin de bonne heure, un lavement qui doit être rendu avant le moment de l'intervention. En outre, il faut, pendant la semaine qui précède, faire prendre deux ou trois grands bains et, chaque jour, deux ou trois injections chaudes avec la solution de sublimé au millième.

Préalablement rasée et soigneusement lavée au savon et au sublimé, la malade est endormie avec le chloroforme, car l'anesthésie locale par la cocaïne ne peut guère être employée que dans les déchirures très petites. Elle est ensuite mise dans la position obstétricale, le siège reposant sur le bord du lit d'opération : les jambes fléchies sur les

cuisses et les cuisses sur le bassin sont maintenues dans cette position par un aide, placé de chaque côté de l'opérateur. Celui-ci, assis entre les jambes, procède alors à l'avivement de la plaie, dont l'importance est capitale au point de vue du résultat : il faut avoir soin de ne rien retrancher des parties, qui ne sont que déchirées.

Tandis que le champ opératoire est tendu de chaque côté par la main d'un aide, le chirurgien trace au bistouri une incision en U, dont les branches partent de l'union des grandes avec les petites lèvres, et la convexité passe sur la cloison recto-vaginale. Celle-ci est dédoublée avec l'ongle et avec quelques coups de ciseaux, très facilement et toujours sans grand écoulement de sang, plus ou moins profondément suivant l'étendue de la déchirure, mais toujours un peu au-dessus de la cicatrice.

On obtient ainsi une large surface cruentée, limitée en avant par la muqueuse vaginale, en arrière par la muqueuse rectale dédoublées, et sur les côtés par les branches de l'incision des grandes lèvres, incision qui porte jusque sur le tissu cellulaire de la région. Il n'y a donc, comme le veut Lawson Tait aucune perte de substance.

Si le sphincter anal a été fortement déchiré, on avive toutefois ses bords par deux coups de ciseaux.

La plaie est alors fortement irriguée avec la solution de sublimé au millième, ce qui suffit généralement pour l'hémostase. Au besoin, on tordrait avec les pinces les petits vaisseaux, qui donneraient encore du sang.

Il ne reste plus qu'à faire la suture : elle est pratiquée à la manière d'Emmet, mais avec le crin de Florence. On perfore la peau, à 5 ou 6 millimètres de la plaie, avec une aiguille courbe, qu'on fait cheminer ensuite à travers le tissu cellulaire du fond de la plaie, en ayant soin d'introduire le doigt dans le rectum ou dans le vagin, pour ne pas traverser la muqueuse rectale, ni la muqueuse vagi-

nale ; et, l'aiguille ressort du côté opposé à la même distance de la plaie qu'à son entrée. Si l'épaisseur des tissus est trop considérable pour être traversée en une seule fois, on peut se reprendre en deux fois, en faisant rentrer l'aiguille juste au niveau de son orifice de sortie.

Six points suffisent. Les fils ne sont serrés et liés que lorsqu'ils ont été tous placés soigneusement de la même façon ; on se borne à saisir, en attendant, les extrémités de chaque fil dans une pince à forcipressure, que soutient ou relève un aide.

Dans le cas de déchirure du sphincter, le fil postérieur, toujours placé le premier, est introduit, comme le conseille Emmet, dans l'épaisseur du muscle, et, au besoin, le second fil postérieur peut traverser de même le sphincter, un peu au-dessus du premier.

Avant de serrer les fils, la plaie est irriguée de nouveau ; puis, chaque fil est serré doucement, pendant que les aides placés de chaque côté, rapprochent profondément la plaie et en empêchent le tiraillement. Un nœud chirurgical, soutenu par un second nœud simple, se font un peu à droite de la ligne de réunion.

On voit alors que le sphincter anal est parfaitement rétabli et que la muqueuse vaginale fait en avant une petite saillie ; c'est cette saillie, qui est suturée, par deux points latéraux, sur les côtés de la suture périnéale et rétablit complètement la fourchette avec son aspect normal.

Encore un lavage au sublimé et, pour tout pansement, une bandelette de quatre doubles de gaze iodoformée, dont une extrémité est enfoncée dans le vagin, pendant que l'autre pénètre dans le rectum.

Après l'opération, on doit faire tenir les jambes de la malade, rapprochées l'une contre l'autre par une serviette, placée comme une cravate, au-dessus des genoux, et la laisser jusqu'à la cicatrisation complète de la plaie. Tant

que celle-ci n'est pas effectuée, le repos au lit est de rigueur ; la nourriture sera légère et substantielle, consistant en lait, bouillon et œufs.

L'opérée doit être sondée trois ou quatre fois par jour et ne pas uriner naturellement : la sonde à demeure est nuisible. De plus, pendant les cinq ou six premiers jours, on maintient la constipation par deux ou trois pilules de un centigramme d'opium. La première selle est surveillée et au besoin, aidée par un lavement huileux, avec recommandation expresse à la malade de ne pas pousser, ni faire d'efforts.

Il faut que la plaie soit tenue très propre : chaque jour, on pratique deux injections tièdes au sublimé, et l'on change la bandelette de gaze iodoformée qui recouvre la plaie.

Les fils sont laissés en place au moins huit jours et généralement dix, ce qui n'a aucun inconvénient avec les crins de Florence, car ceux-ci ne coupent pas les tissus, comme le fil d'argent et même la soie aseptique : nous ne saurions donc trop insister sur leur emploi.

Il n'y a besoin de faire aucune incision libératrice : la suture en bourse et le rapprochement des jambes suffisent toujours.

PRONOSTIC & RÉSULTAT

DE LA PÉRINÉORRHAPHIE

D'une façon générale, la périnéorrhaphie n'est pas une opération grave, il n'y a pas d'hémorrhagie, ni de septicémie à craindre surtout depuis l'antisepsie et depuis que par les procédés d'Emmet et de Lawson Tait, on ne fait plus de sutures rectales. Enfin, le soin qu'on apporte à réunir les plans profonds, à rapprocher les bouts du sphincter divisé, rend compte de l'amélioration des résultats obtenus, au point de vue des fonctions de l'intestin. Le rétablissement de la fourchette par le lambeau vaginal explique aussi comment la réunion périnéale est protégée contre le contact des sécrétions du vagin.

Des faits nombreux prouvent que l'accouchement peut s'opérer sans rupture nouvelle du périnée, comme le montre notre observation II, et cela, même lorsque le chirurgien a diminué la vulve dans des proportions notables. On devra toutefois se tenir en garde contre un rétrécissement excessif de cet orifice, qui constitue une faute opératoire.

CONCLUSIONS

1° La déchirure du périnée, déterminant souvent le prolapsus utérin et constituant toujours une infirmité des plus pénibles doit être opérée.

2° La périnéorrhaphie est une opération devenue simple, grâce aux procédés nouveaux; elle est sans danger si on la pratique d'après les règles de la chirurgie actuelle.

3° Toute intervention, simplifiant le manuel opératoire, doit être préférée. Le procédé de M. Decès favorise la réunion périnéale en rétablissant la fourchette; il nous paraît assurer, plus que tout autre, un résultat définitif et certain.

4° Le catgut le mieux préparé et le plus antiseptique se résorbe très rarement. On se servira avec plus d'avantage des crins de Florence, qui maintiennent solidement la réunion et n'ont pas l'inconvénient de couper les tissus, comme la soie ou le fil d'argent.

BIBLIOGRAPHIE

MM.

Bérard (A.), Art. Périnée in Dictionnaire en 30 volumes 1841.

Bourdon (Emmanuel), Des anaplasties périnéo-vaginales. Thèse de doct. Paris 1875.

Boraud (M). Etude sur la périnéorrhaphie. Thèse de doct. Paris 1879.

Baker-Brown. On the Surgical Diseases of Women. London 1866.

Bastionelli. Sur la périnéorrhaphie à lambeau par le procédé de L. Tait in Bull. [Soc. Lancisiana] Roma 1891.

Bonnaire. Du périnée obstétrical in Gazette des Hôpitaux 1891.

Chochon-Latouche. Etude critique sur les ruptures du périnée et leur traitement (suture immédiate) Thèse de doctorat Paris 1886.

Chabaud. Du traitement des déchirures complètes du périnée et de la cloison recto-vaginale. Thèse de doct. Paris 1879.

Chambers. Déchirures du périnée comprenant le sphincter ani. in New-York med. Journal 1887.

Da Costa. Méthode de restauration du périnée. In Obstet. soc of Philad. 1889.

Czempin. Des opérations d'anaplastie sur le périnée, le vagin et le col. in Berlin, Klin. Wochens 1892.

Danyau. Mémoire sur la périnéorrhaphie pratiquée immédiatement après l'accouchement, in Journal de chirurgie 1843.

Dayot. Thèse de doctorat, Paris 1886.

Demarquay. Gazette des hôpitaux 1864.

Deroubaix. Presse médicale belge 1864.

Doleris. Archives de tocologie 1885. Bull. et Mém. de la [Soc. obst. et gyn. de Paris 1889.

Dieffenbach. Die operative Chirurgie 1845.

Duncan. Déchirure du périnée, son traitement in the Lancet 1884.

Dudley (A. P.) Un nouveau procédé de périnéorrhaphie. in Amer. journ. of obst. 1888.

Emmet. New-York med. journ. 1865.

Edebohls. Nouvelle méthode de suture dans la périnéorrhaphie. in Amer. Journ. of obst. 1890.

Fèvre. Etude critique de la périnéorrhaphie. in France médicale 1885.

Guillemeau. Œuvres de chirurgie 1649.

- Getschell.** Sur la périnéorrhaphie, in Philad. med. and Surg. reports 1878
- Von Gründwald.** Modification de la périnéorrhaphie d'après Tait, in Centr. fur Gynæk 1890.
- Hüe** (de Rouen). Mémoire présenté à la Soc. de chirurgie 1876.
- Heydenreich.** De la périnéorrhaphie, in Semaine médicale 1885.
- Heppner.** Technique de la périnéorrhaphie, in Arch. für Klin chir. 1873.
- Hildebrandt.** Die Krantkeiten der weiblichen Genitalien 1877.
- Hamilton.** Qqs remarques pratiques sur la rupture du périnée, in med. News 1885.
- Jamieson.** Opération nouvelle pour restaurer le périnée après la rupture in Brit. med. Journ. 1885.
- Joffrin.** Etude critique sur les déchirures du périnée. Thèse de doct. Paris 1887.
- Kirmisson.** Art. périnée, in Dictionnaire de Dechambre 1887.
- Kustner.** Indications et méthode de périnéoplastie.
- Le Fort.** Gaz. des hôpit. 1869 et **Malgaigne.** Manuel de médecine opératoire tome II, 1889.
- Lacoste.** Essai de critique historique de périnéorrhaphie. Thèse de doct. Bordeaux 1881.
- Luizy.** Restauration du périnée immédiatement après l'accouchement. Thèse doct. Paris 1883.
- Mercier.** Leçon clinique de Roux, in Journ. des connaiss. med. chir. 1889.
- Marduel.** Art. périnée, in Dictionnaire Jaccoud tome XXVI.
- Martin** (A.). De la périnéoplastie à lambeaux, in Berlin. Klin. Woch. 1889
- Nélaton.** Eléments de pathologie chirurgicale 1859.
- Polaillon.** Bull. de la Soc. de chir. 1885. — Arch. de tocologie 1885.
- Poncel.** Nouveau procédé de périnéorrhaphie, in Marseille méd. 1887.
- Picqué.** Périnéorrhaphie appliquée aux déchirures complètes, in Gaz. des hôp. 1887.
- Pozzi.** Traité de gynécologie 1889.
- Roux.** Quarante années de pratique chirurgicale 1854.
- Roux** (de Lausanne). Dix cas de périnéoplastie, in Revue méd. de la Suisse romande 1889.
- Richet.** De la périnéorrhaphie, in Union médic. 1869.
- Sarraute** (Mine). Restauration du périnée, in Arch. de tocologie 1885.
- Sidky.** Des modifications récentes de la périnéorrhaphie. Thèse de doct. Paris 1885.
- Sée** (M). Bull. de la Soc. de chirurgie 1885.
- Schwartz.** Revue de chirurgie 1885.
- Sœnger.** Remarques sur l'histoire et la technique de la périnéorrhaphie à lambeaux, in Centr. f. Gynæk 1888.
- Saurenhaus.** De la périnéorrhaphie secondaire, in Berlin, Klin. Woch. 1891.
- Trélat.** Bull. de la Soc. de chir. et Arch. de tocologie 1884 — Gazette des hôpit. 1887.

Terrillon. Annales de gynécologie 1879 — Bull. de la Soc. de chir. 1885.

Tait. Sur la réparation du périnée de la femme, in Sem. médic. 1891.

Viardel. Observations sur la pratique des accouchements naturels, contre nature, etc. 1874.

Velpeau. Nouveaux éléments de médecine opératoire 1839.

Verneuil. Gaz. hebdomadaire 1862 — Bull. de la Soc. de chir. 1862 — Mémoires de chirurgie tome I.

Verhœge. Gaz. des hôpitaux 1853.

Veit (J). Des opérations plastiques sur le périnée, in Deutsche med. Woch 1887.

Zannellis. Périnéoplastie anatomique, in Arch. de tocologie 1890.

Vu : Léon LE FORT.

Vu le Doyen : BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer.

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris :

GRÉARD.

